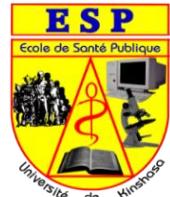




REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO  
UNIVERSITE DE KINSHASA  
FACULTE DE MEDECINE  
ECOLE DE SANTE PUBLIQUE



**APPORT DU PROJET RIPSEC DANS L'AMELIORATION  
DE LA GOUVERNANCE DE LA SANTE AU NIVEAU  
PERIPHERIQUE : ETUDE COMPARATIVE DANS LA  
ZONE DE SANTE DE GOMBE MATADI**

Présenté par :

**MUDUMBI KAJURU Nelly**

Docteur en médecine, chirurgie et accouchement

Mémoire présenté et défendu en vue de l'obtention du  
Diplôme de Spécialiste en Santé Publique

**Option : Economie de la santé**

**PROMOTEURS :**

**Prof. Marie ONYAMBOKO AKATSHI**

**Prof. Séraphin MVUDI MATINGU**

**Année académique 2017-2018**

## TABLE DES MATIERES

PLAN DE TRAVAIL.....	iii
EPIGRAPHE .....	iv
DEDICACE.....	v
REMERCIEMENTS .....	vi
LISTE DES ACRONYMES, SYGLES ET ABREVIATIONS .....	vii
LISTE DES TABLEAUX.....	viii
LISTE DES FIGURES .....	ix
TABLE DES MATIERES .....	i
0. RESUME.....	x
<b>CHAPITRE I. INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
I.1. ENONCE DU PROBLEME.....	1
I.2. REVUE DE LA LITTERATURE SUR LA GOUVERNANCE DE LA SANTE AU NIVEAU PERIPHERIQUE.....	6
I.3. BUT DE LA RECHERCHE.....	8
I.4. OBJECTIFS.....	8
I.4.1. Objectif général :.....	8
I.4.2. Objectifs spécifiques :.....	8
<b>CHAPITRE II. METHODOLOGIE .....</b>	<b>9</b>
II.1. Site d'étude .....	9
II.1.1. Sur le plan géographique .....	9
II.1.2. Sur le plan démographique .....	9
II.1.3. Sur le plan sanitaire .....	10
II.1.4. Sur le plan social.....	10
II.2. Type d'étude .....	11
II.3. Echantillonnage.....	11
<b>IV. LISTE DES VARIABLES ET INDICATEURS .....</b>	<b>12</b>
<b>V. COLLECTE DES DONNEES .....</b>	<b>15</b>

V.1. Techniques de collecte des données .....	18
V.2. Procédure de collecte des données.....	18
V.3. Collecte des données.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
VI. Traitement des données .....	19
II.9.2. Traitement et analyse des données proprement dites .....	20
VII. CONSIDERATIONS ETHIQUES .....	20
VIII. PRE-TEST.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>CHAPITRE III : RESULTATS ET INTERPRETATIONS.....</b>	<b>21</b>
PILIER I : RESSOURCE HUMAINE .....	21
I.1. CORRESPONDANCE DESCRIPTION DE POSTE .....	21
I.2. UTILISATION DES OUTILS DE LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES	22
PILIER II : RESSOURCES FINANCIERES .....	23
II.1. ORGANISATION DE LA GESTION FINANCIERE DU FOSA . <b>Erreur ! Signet non défini.</b>	
I.1.1. Les outils financiers .....	23
PILIER III : MEDICAMENT .....	24
III.1. LA GESTION DES MEDICAMENTS .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
III.2. UTILISATION DES OUTILS DE GESTION DE STOCK DES MEDICAMENTS .	24
PILIER IV : GOUVERNANCE ET LEADERSHIP .....	25
V.1. PLANIFICATION .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
VI.2. PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE .....	26
VII. LES EFFETS .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>CHAPITRE IV : DISCUSSION.....</b>	<b>30</b>
LIMITES DU TRAVAIL.....	35
<b>CHAPITRE VI : CONCLUSION.....</b>	<b>34</b>
RECOMMANDATIONS .....	35
REFERENCES .....	36
ANNEXES .....	38

## **PLAN DE TRAVAIL**

EPIGRAPHE

DEDICACE

REMERCIEMENT

LISTE DES ACRONYMES, SYGLE ET ABREVIATIONS

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES FIGURES

RESUME

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION

II. METHODOLOGIE

III. RESULTATS

IV. DISCUSSION

V. CONCLUSION

VI. BIBLIOGRAPHIE

VII. ANNEXES

## **EPIGRAPHE**

A vaincre sans péril, on triomphe sans gloire

## **DEDICACE**

A mon chère époux, Germain Ntambua, ainsi que mes filles Samuella et Manuella Ntambua, pour tant de sacrifices durant toute ma formation

A mes parents spirituels, Georges et Rose Emmanuelle Kazadi pour leur soutien

A ma famille MUDUMBI, pour les soutiens spirituels, matériels et financiers durant cette formation

Je dédie ce travail

## **REMERCIEMENTS**

Nous exprimons notre gratitude à toutes les personnes qui ont contribuées à la formation dont nous sommes bénéficiaires.

Nos remerciements s'adressent particulièrement aux Professeurs Marie Onyamboko Akatshi et Séraphin Mvudi Matingu, respectivement Directeur et Co-directeur de ce travail qui, en dépit de leurs multiples occupations, ont bien voulu consacrer leur temps pour nous encadrer.

Aux Chefs de travaux Mpunga et Kokolomani pour leur encadrement,

A mes amis du groupe « impact » pour le soutien et la collaboration,

Aux collègues et amis de la 30<sup>ème</sup> Promotion en Sante Publique, et de la 14<sup>ème</sup> Promotion en Economie de la Santé,

Nous remercions sincèrement toutes les Autorités académiques ainsi que tous les membres des corps académique, scientifique et administratif de l'Ecole de Santé Publique de l'Université de Kinshasa,

Nos remerciements s'adressent à nos amis et connaissance pour l'amour qu'ils ont affiché malgré leurs multiples difficultés afin que nous devenions utiles dans la société.

Qu'une mention spéciale soit accordée au RIPSEC qui a accepté de parrainer ce travail.

## **LISTE DES ACRONYMES, SYGLES ET ABREVIATIONS**

AG	: Administrateur Gestionnaire
AS	: Aire de santé
CDMT	: Cadres de dépenses à moyen terme
CODESA	: Comité de Santé
CPN	: Consultation Pré Natale
CPS	: Consultation Préscolaire
CRS	: Centre de Santé de Référence
CS	: Centre de Santé
ECZS	: Equipe Cadre de la Zone de Santé
FG	: Focus Group
FOSA	: Formation Sanitaire
GM	: Gombe Matadi
HFG	: Health, Finance and Governance (Santé, Finance et Gouvernance)
HGR	: Hôpital General de Reference
INRB	: Institut National de Recherche Biomédicale
IT	: Infirmier Titulaire
MCZ	: Médecin Chef de Zone
MIP	: Médecin Inspecteur Provincial
ONU	: Organisation des Nations Unies
PAGOSA	: Programme d'appui à la gouvernance dans le secteur de la santé
PCA	: Paquet Complémentaire d'activité
PMA	: Paquet Minimum d'Activité
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
RDC	: République Démocratique du Congo
RECO	: Relais Communautaire
RIPSEC	: Renforcement Institutionnel des politiques sanitaires Basées sur les évidences en RDC
SG	: Secrétaire Général
SRSS	: Stratégie de Renforcement du Système de Santé
USAID	: Agence Américaine pour le Développement International
ZS	: Zone de Santé

**LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I : Répartition des FOSA selon la correspondance aux normes de poste .....	21
Tableau II : Répartition des FOSA selon l'utilisation des outils de gestion des ressources humaines.....	22
Tableau III : Répartition des FOSA selon l'utilisation des outils de gestion financière .....	23
Tableau IV : Répartition des FOSA selon l'utilisation des outils de gestion de stock.	24
Tableau V : Planification du plan d'action opérationnel .....	25
Tableau VI : Relais communautaire .....	26
Tableau VII : Comité de santé .....	26
Tableau VIII : Taux d'utilisation des services.....	27

**LISTE DES FIGURES**

Figure 1 : Pilier du système de santé, OMS, 2011.....	2
Figure 2 : Cartographie de la ZS de GM .....	9

## 0. RESUME

**01. INTRODUCTION :** En RDC, la gouvernance des structures de santé au niveau périphérique constitue un des goulots d'étranglement pour une offre continue et de qualité des soins et services. Situation constatée aussi dans la ZS de Gombe Matadi(GM) ou le Renforcement Institutionnel des politiques sanitaires Basées sur les évidences en RDC (RIPSEC) effectue un appui managérial partiel.

L'objectif de l'étude est de déterminer l'apport du RIPSEC dans l'amélioration de gouvernance de la ZS de GM ; durant l'année 2018, en vue de contribuer à l'amélioration des capacités managériales des prestataires de soins de cette ZS.

**02. METHODOLOGIE :** Une étude écologique descriptive avec une approche mixte a été menée dans 6 AS de la ZS de GM dont 2 appuyées par le RIPSEC et 4 non-appuyées. Les 2 appuyées sont les seules appuyées dans cette ZS. Les 4 non-appuyées ont été choisies de manière non probabiliste, de convenance, selon leur accessibilité, parmi les 13 restants.

Les analyses ont été faites sur SPSS 23. Les variables catégorielles ont été résumées par leurs fréquences et les variables numériques par les mesures de tendance centrale. Les comparaisons des proportions et des mesures de tendance centrale ont été testées avec le khi carré et le U de Mann-Whitney au seuil de significativité de 5 %.

## 03. RESULTATS :

**Pilier ressources humaines :** aucun CS appuyés et non appuyés a une affectation du personnel conforme aux normes édictées par le MSP en la matière.

On remarque en outre que le nombre médian du personnel par centre est plus élevé dans les CS appuyés (6,5) par rapport aux CS non appuyés (4),  $p=0,025$ .

Enfin, le profil de l'AS (appuyées/non appuyées) est associé à l'utilisation des outils de gestion de ressources humaines ( $p =0.02$ ).

**Piliers ressources financières et médicales,** la différence en terme d'utilisation d'outils de gestion financière ou médicale n'est pas statistiquement significative ( $p =0.141$ ,  $p=0.845$ ).

**Piliers gouvernance et leadership :** le nombre médian des RECO par centre est plus élevé dans les CS appuyés (42.5) par rapport aux CS non appuyés (27.5),  $p=0,025$ . Situation similaire concernant le nombre médian des RECO actifs (23.5 contre 13.25) avec un  $p=0.025$ .

## 04. CONCLUSION

L'apport de RIPSEC est évident pour le pilier RH ou le profil de l'AS est associé à l'utilisation des outils de RH( $p=0.02$ ) ainsi que pour le pilier Gouvernance et

Leadership ou le nombre médian des RECO actif est élevé dans les AS appuyées contrairement à celle non appuyées. Pour les Piliers Finance et Gestion des médicaments, le profil de l'AS n'influencé pas l'utilisation des outils de gestion (0.141 ; 0.845).

**05. MOTS CLES :** Gouvernance, santé, niveau périphérique, comparaison.

## CHAPITRE I. INTRODUCTION

### 1.1. ENONCE DU PROBLEME

La gouvernance est un processus collectif de prise de décisions visant à garantir la vitalité et la performance des organismes ou des systèmes de santé. La gouvernance (1) fixe la stratégie et les objectifs, (2) élabore les politiques, les lois, les règles, les réglementations et les décisions, et mobilise et déploie les ressources nécessaires à l'accomplissement de la stratégie et des objectifs, et (3) supervise et garantit que cette stratégie et ces objectifs sont mis en œuvre. La gouvernance appliquée à la santé est une gouvernance visant à protéger et à valoriser la santé des individus exercée par une organisation publique ou privée. (1).

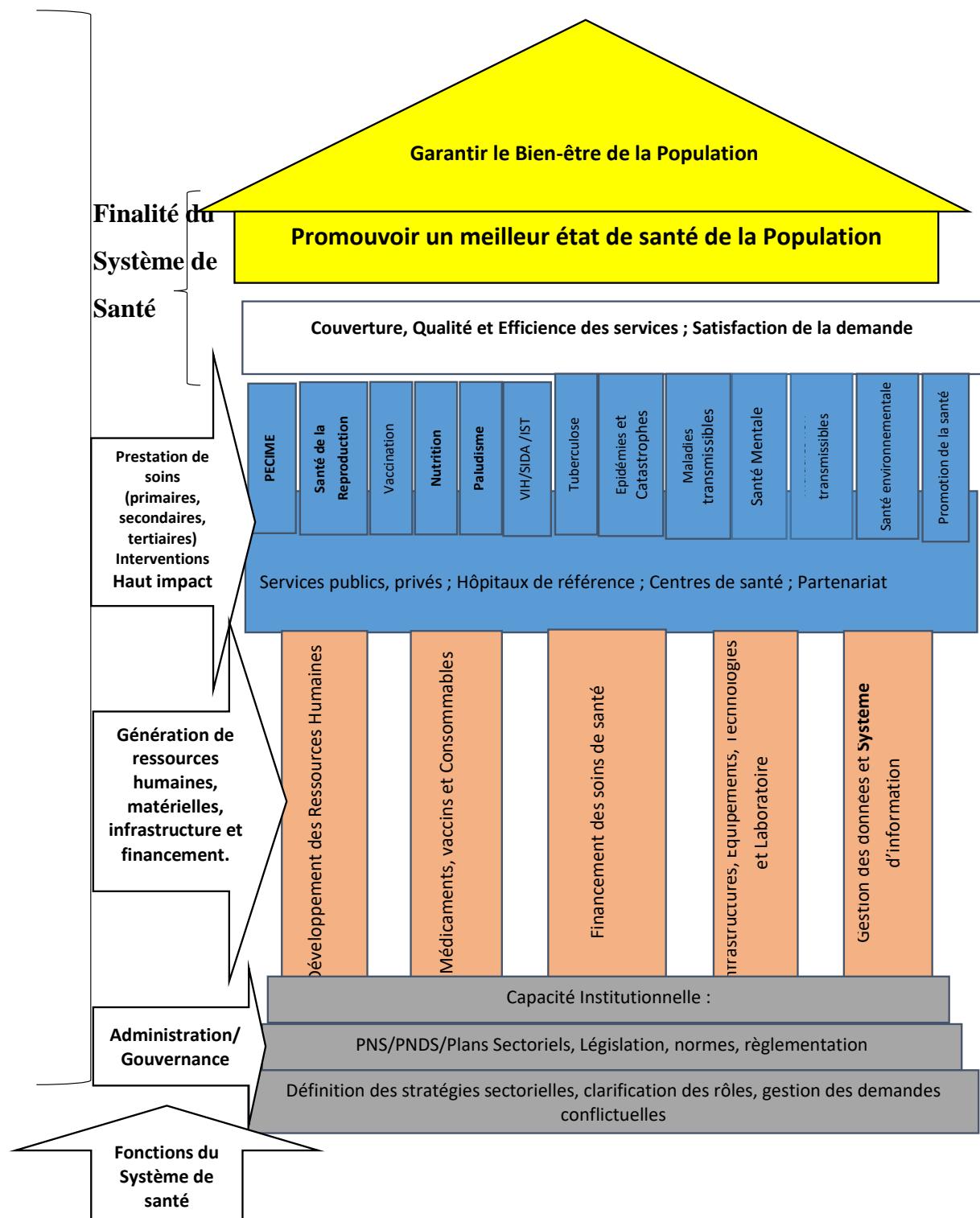
Elle joue un rôle important dans le secteur de la santé dans les pays à ressources limitées. Elle contribue à la performance du système de santé et aux bons résultats de santé pour les bénéficiaires.

Une gouvernance améliorée est l'un des éléments essentiels pour réaliser un rêve d'un système de santé robuste. Elle permet l'utilisation efficace des médicaments, de l'information, des ressources humaines et des finances pour offrir une meilleure performance de services de santé et de meilleurs résultats de santé.

Une bonne gouvernance améliore les résultats de santé publique tandis qu'une mauvaise gouvernance sape la vitalité du système de santé, le rendant moins efficace, moins équitable et moins réceptifs aux besoins de la population qu'il est censé desservir (1).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini six piliers du système de la santé à savoir : financement de la santé ; développement des ressources humaines ; infrastructures et équipements ; médicaments et vaccins ; gestions des données ainsi que la gouvernance et le leadership (2). L'illustration de ces six piliers est présentée à la figure 1 ci-dessous

## Système de santé



**Figure 1 : Piliers du système de santé, OMS, 2011**

La croissance de la population et des meilleurs niveaux de vies accroissent les demandes pour les services de santé (2).

Malheureusement, cette demande ne peut être satisfaite car le système de santé dans le monde pose problème. En effet, plusieurs obstacles entravent le fonctionnement de ce système :

Les ressources disponibles sont utilisées de façon non rationnelle. En effet, sur le plan mondial, 20 à 40% des dépenses sanitaires sont gaspillées ; les pays les plus pauvres gaspillent en proportion plus élevées (2).

En Afrique sub-saharienne, notamment au Burundi, contre toute logique des résultats, le budget alloué au secteur de la santé a montré que : 93% était affecté au niveau central, contre 1% au niveau intermédiaire et 6% au niveau périphérique (3) ;

Le financement de la santé est insuffisant par rapport aux besoins. Lors de la conférence d'Abuja en 2001, les Chefs d'Etat s'étaient engagés à allouer 15% du budget national à la santé, objectif qui n'a jamais été atteint à l'instar de la RDC qui alloue à peine 7 % de son budget (4)

On note également l'insuffisance des mécanismes de partage des risques : faible taux de pénétration des assurances maladies et mutuelles de santé qui entraîne des dépenses directes des malades.

La politique de développement des ressources humaines pour la santé en RDC est de doter toutes les structures du système de santé, à tous les niveaux, des équipes de santé multidisciplinaires requises et compétentes, capables de le rendre opérationnelles (5). Malheureusement, elles sont insuffisantes et réparties de manière inégale, les milieux urbains étant privilégiés au détriment des milieux ruraux.

Aussi, il y a diminution de la qualité de la formation dues entre autre, à la pullulation des établissements offrant un enseignement médical de qualité douteuse et la fuite des cerveaux à la recherche du mieux-être.

Pourtant, le développement des ressources humaines est l'un des aspects les plus importants de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) (6).

Ce tableau sombre n'est pas sans conséquences au niveau mondial et en Afrique :

Pour la seule année 2015, on a enregistré 303.000 femmes qui sont décédées pendant ou après l'accouchement. Le 99% des décès étant survenus dans les pays en développement (7).

La population subsaharienne qui regorge 11% de la population africaine compte 49% des décès maternels, 50% des décès des enfants de moins de 5 ans et 67% des cas de VIH/SIDA. Plusieurs causes sont à la base dont la faiblesse du système de santé ainsi que de la gouvernance (2).

La RDC n'est pas épargnée car sa situation sanitaire est caractérisée par la précarité de l'état de santé des populations et les contreperformances des services de santé qui se traduit généralement par des phénomènes de morbidité et de mortalité, à l'exemple du taux de mortalité maternelle qui est de 846 décès pour 100000 accouchements (8).

Le faible financement et le payement direct des ménages entraînent des dépenses catastrophiques, voire appauvrissantes, pour les populations : les ménages supportent 40 à 42 % par le payement direct des soins (9).

Néanmoins, il existe une forte volonté politique de renforcer le système de santé. C'est notamment celle exprimée par l'OMS en insistant depuis 2000 sur la nécessité de renforcer le système de santé pour réaliser des progrès sur la voie des objectifs du millénaire (6).

La RDC, qui a longtemps subi les conséquences du relâchement de l'autorité de l'Etat, de l'anarchie et du non-respect des règles établies a mis en place certaines stratégies ; entre autres les SRSS1 et 2 ; les plans nationaux de développement sanitaire (PNDS de première, deuxième et troisième génération) (2,6,10).

Dans cette même lancée, la Banque mondiale soutient la RDC dans son souci de renforcer le système de santé en finançant, à hauteur de 226.5 millions de dollars, ce processus ainsi que l'amélioration des services de santé de la mère et de l'enfant.

Notons cependant que ces différentes avancées dans le renforcement du système de santé congolais sont la traduction de l'amélioration de la gouvernance.

Au niveau périphérique, la vérification des normes permet au système de santé de percevoir les anomalies structurelles d'où pourraient résulter des actions correctrices (11).

La ZS de Gombe Matadi connaît certains problèmes de gouvernance, c'est notamment celui lié à l'arrêt de financement de certains partenaires techniques et financiers comme MEMISSA de l'Union Européenne(UE) ; le manque d'équipement ainsi que la suppression des primes locales et un chevauchement des activités (12).

Le RIPSEC est un projet de l'Union Européenne en RDC. Il a trois principaux axes :

- Appui aux écoles de santé publiques de Lubumbashi, Kinshasa et Bukavu ainsi que l'INRB ;
- Création d'un centre de connaissance en santé ;
- Appui aux ZS.

C'est dans ce troisième axe que s'inscrit l'appui du RIPSEC à la ZS de Gombe Matadi. En effet, le RIPSEC effectue un appui managérial depuis 3 ans dans deux AS sur le quinze que compte la ZS de GM à savoir l'AS de Noki et celle de GM. D'où, l'importance de cette étude dont l'articulation repose sur la question de savoir, quelle est l'apport du RIPSEC dans l'amélioration de la gouvernance de la santé au niveau de la ZS de Gombe Matadi ?

## 1.2. REVUE DE LA LITTERATURE SUR LA GOUVERNANCE DE LA SANTE AU NIVEAU PERIPHERIQUE

Comme nous l'avons dit plus haut, le problème que pose la gouvernance de la santé va au delà des frontières de notre pays. Ainsi, certains pays africains ont initié des projets de renforcement de la gouvernance. Tel est le cas :

Du Sénégal, où le programme santé dans cinq régions médicales du pays, appuyé par la coopération belgo-sénégalaise à hauteur de 5.500.000 euro pendant 4 ans.

Ce programme s'articulé autour de 3 axes ; mais l'axe gouvernance (PAGOSA : programme d'appui à la gouvernance dans le secteur de la santé) a consommé le 70% du budget affecté au dit projet. Cet axe se traduit par un appui institutionnel à l'ensemble de la pyramide sanitaire dans le domaine de gestion, planification et monitoring, évaluation du système de santé en terme de régulation et d'établissement des normes.

Aussi, la RDC et ces partenaires ont initié certains projets pour le renforcement de la gouvernance. Tel est le cas des projets :

« Finance et gouvernance de la santé (HFG) » de l'Agence américaine pour le développement international (USAID), financé à hauteur de 209 millions de dollars sur 5 ans ; soit de 2012 à 2017. Ce projet a visé le financement et la gouvernance de la santé des pays partenaires dont la RDC.

Ce projet avait quatre axes dont le renforcement de la gouvernance pour une meilleure gestion du système de santé ainsi qu'une plus grande redevabilité et une plus grande transparence (13).

En RDC, ce projet a été financé à hauteur de 10 millions des dollars sur 5 ans. À la clôture de ses activités en RDC en 2017, l'USAID a affirmé avoir contribué au renforcement des capacités, de la gouvernance et de la mise en œuvre des réformes dans le secteur de la santé. Avis soutenu par le Médecin Inspecteur Provincial (MIP) de la province du Lualaba bénéficiaire dudit projet qui affirme qu'il y a eu des avancées dans les ZS bénéficiaires :

Amélioration des indicateurs en rapport avec la couverture vaccinale, motivation du personnel (14).

En dehors de la RDC, le projet HFG a entrepris une vaste étude évaluative nationale de la gouvernance du secteur de la santé en Côte d'Ivoire en 2014. Il s'agissait, à l'aide de plusieurs indicateurs basés sur les piliers de la santé, d'évaluer la performance du système de santé.

Cette étude est arrivée à la conclusion que le système de santé ivoirien était peu performant et a fait plusieurs recommandations.

### **1.3. BUT DE LA RECHERCHE**

Contribuer à l'amélioration des capacités managériales des prestataires de soins de la ZS de Gombe Matadi.

### **1.4. OBJECTIFS**

#### **1.4.1. Objectif général :**

Déterminer l'apport du RIPSEC dans la gouvernance de la santé au niveau de la ZS de Gombe Matadi, durant l'année 2018.

#### **1.4.2. Objectifs spécifiques :**

- Mesurer la conformité aux normes édictées de la gestion des ressources humaines dans les AS appuyées, en comparaison avec celles qui ne les sont pas, durant l'année 2018 ;
- Mesurer l'adéquation, la promptitude, et la régularité du processus de planification dans les AS appuyées, en comparaison avec celles qui ne le sont pas durant l'année 2018 ;
- Mesurer la conformité aux normes édictées de la gestion des ressources financières dans les AS appuyées, en comparaison avec celles non-appuyées, durant l'année 2018
- Evaluer l'efficacité de la gestion des médicaments dans les AS appuyées, en comparaison avec les AS non-appuyées, durant l'année 2018 ;
- Mesurer l'effectivité de la participation communautaire dans les AS appuyées, en comparaison avec les AS non-appuyées, durant l'année 2018 ;

## CHAPITRE II. METHODOLOGIE

### II.1. Site d'Etude :

La figure 2 ci-dessous illustre la cartographie de la ZS de GM

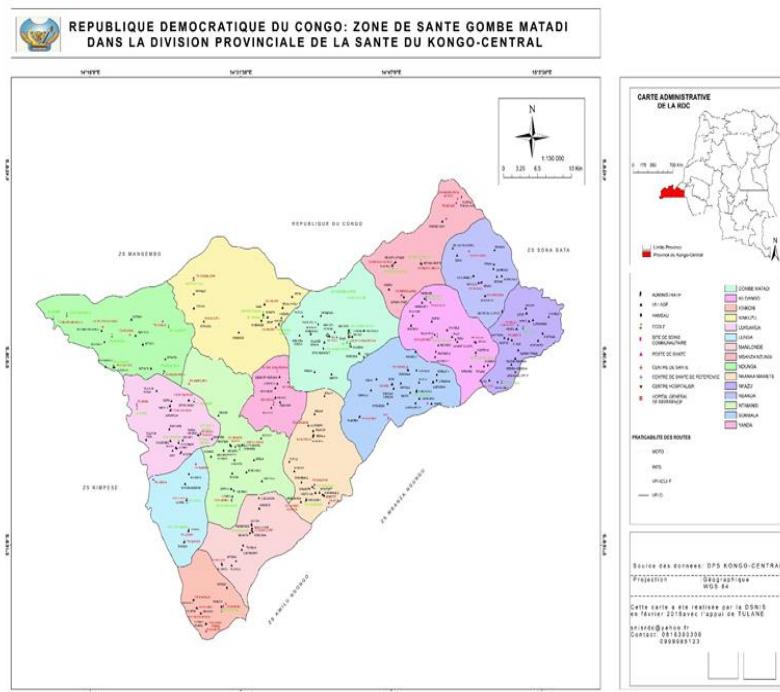


Figure 2 : Cartographie de la ZS de GM

La ZS de Gombe Matadi est la seule zone d'intervention du RIPSEC au Kongo Central.

#### 2.1.1. Sur le plan géographique

La Z.S de GOMBE MATADI, est une des 31 ZS de la Province du Kongo Central. Elle est située à 210 km de Kinshasa, soit 5 heures de route en saison sèche. C'est une Zone d'accès difficile en saison pluvieuse (parfois jusqu'à 24 heures de voyage). Elle fait frontière avec 8 ZS du Kongo central.

#### 2.1.2. Sur le plan démographique

Cette ZS couvre une population totale de 98257 habitants en 2017 et elle a une superficie de 4.778 Km<sup>2</sup> soit une densité de 21 hab./Km<sup>2</sup>. Le nombre des ménages dans cette ZS est de 24.287. La ZS de Gombe Matadi s'étend sur trois secteurs et elle est occupée par 4 tribus. Les Bazungi se retrouvent dans le secteur de Lunzadi ; les Bandidu et une partie de Bisingombe vivent dans le Secteurs de Gombe Matadi et afin

les autres Bisingombe occupent avec les Bamanianga (tribu minoritaire) le Secteur Ntimansi.

### **2.1.3. Sur le plan sanitaire**

La ZS compte 15 AS couvertes chacune par un CS. La ZS a un HGR et 5 structures jouant le rôle de CSR. La ZS dispose de 75 FOSA parmi lesquelles on note 12 privées lucratives, 10 confessionnelles Et 53 FOSA étatiques. Le nombre des CS avec Paquet Minimum d'Activités (PMA) complet est de 2 et HGR n'a pas encore PCA complet.

L'année 2018 a été marquée par des épisodes de cholera signalé dans certaines AS comme celle de KINKONI ET LUNGA où 38 cas ont été recensés avec 3 décès. Des mesures de riposte ont été organisées : prise en charge des cas, sensibilisation des communautés (12).

Aussi, l'AS du mont cristal connaît un problème d'approvisionnement en eau potable. En effet, on note une absence des sources d'eau aménagée et la population s'approvisionne dans des sources non aménagées ainsi que dans des rivières contaminées. (12)

### **2.1.4. Sur le plan social**

Les Religions identifiées dans la ZS sont : Kimbanguiste, Protestante, Catholique, Tata Honda mais également les églises de réveil.

### **2.1.5. Sur le plan économique**

La population de la ZS a pour activités principales l'agriculture non mécanisée, le petit élevage, la pêche artisanale et le petit commerce comme celui de la braise pour sa survie.

De manière générale, c'est une population pauvre avec un revenu inférieur à un dollars/jour (rapport annuel de la ZS).

Toutefois, la ZS regorge deux grandes cités entre autres le site touristique de ZONGO et la cité de Kamba-siège international de l'Eglise Kimbanguiste.

La SNEL ZONGO est la seule société installée dans la zone de santé.

## **2.2. TYPE D'ETUDE**

Dans ce travail, nous nous sommes proposés de faire une étude transversale ou nous nous sommes limités à l'aspect descriptif avec une approche mixte (quantitative et qualitative).

## **2.3. ECHANTILLONNAGE**

### **2.3.1. Sur le plan quantitatif**

#### **2.3.1.1. Population d'étude**

C'est la ZS de Gombe Matadi

#### **2.3.1.2. Unités statistiques :**

Ces sont les IT des CS appuyés et non appuyés.

Ont été inclus dans l'étude, les IT de 2 AS appuyés par le RIPSEC ainsi que 4 IT des AS non appuyés par le RIPSEC, tirés au hasard, selon leur accessibilité.

Ont été exclues dans l'étude, toutes les personnes incluses qui n'ont pas été disponibles.

#### **2.3.1.3. Technique d'échantillonnage**

Elle était non probabiliste, de convenance.

### **2.3.2. Sur le plan qualitatif**

#### **2.3.2.1. Population d'étude**

C'est toujours la ZS de Gombe Matadi

#### **2.3.2.2. Unités statistiques**

Ce sont les prestataires de soins qui ont été tirés au hasard. Notons que dans ces AS, nous ne sommes allés que dans les CS étatiques.

Ont été inclus dans l'étude, les prestataires de soins des AS appuyées et non appuyées qui étaient disponibles. Ont été exclues dans l'étude, toute les personnes incluses qui n'ont pas été disponibles.

#### **2.3.2.3. Technique d'échantillonnage**

Elle était non probabiliste, de convenance.

## 2.4. LISTE DES VARIABLES, INDICATEURS ET DEFINITION OPERATIONNELLES

### 1. Aires de santé appuyées

Par AS appuyées nous attendons les AS ou les CS connaissent un appui managérial du RIPSEC en terme de formation, des supervisions formatives, ...

### 2. Aires de santé non appuyées

Les AS non appuyées sont celle qui ne connaissent pas cet appui

Parlant des variables,

#### 2.4.1. Sur le plan quantitatif

La variable dépendante, c'est la gouvernance de la santé et les indépendantes sont : les RH, les finances, les médicaments ainsi que la gouvernance et leadership.

### 1. Ressources humaines

Les RH comprennent la correspondance au post ainsi que la notion d'utilisation des outils de gestion de RH.

#### 1.1. Correspondance au post

Par correspondance au post, nous voyons la correspondance par rapport aux normes, à la qualification ainsi qu'à la fonction.

**1.Nombre du personnel** : nombre d'employés œuvrant dans le CS au regard des normes en gestion du personnel édité par le MSP ;

**2.Qualification** : niveau d'étude le plus élevé atteint par l'employé au regard des normes de gestion des RH d'un CS édités par le MSP ;

**3.Fonction** : post d'attache de l'employé de santé dans le CS

#### 1.2. Utilisation d'outil de gestion de RH :

A été considéré comme utilisant un outil de gestion de RH, tout CS (IT) qui avait montré l'outil de RH demandé et qui était en cours d'utilisation.

## **2. Ressources Financières**

Les finances comprennent l'utilisation des outils de gestion financière ;

### **2.1. Outil de gestion de ressources financières :**

A été considéré comme utilisant un outil de gestion financière, tout CS (IT) qui montrera l'outil financière demandé et qui était en cours d'utilisation

## **3. Ressources Médicales**

Les médicaments comprennent l'utilisation des outils de gestions de médicaments ;

### **3.1. Outil de gestion médicale :**

A été considéré comme utilisant un outil de gestion médicale, tout CS (IT) qui avait montré l'outil médicale demandé et qui était en cours d'utilisation.

## **4. Gouvernance et leadership**

La gouvernance et leadership, qui est aussi composite et comprend la planification ainsi que la participation communautaire ;

### **4.1. Normes de planification**

Par norme de planification nous attendons l'existence d'un plan d'action, la promptitude ainsi que la régularité dans l'élaboration de celui-ci.

**4.1.1. Adéquation** : Tout plan d'action qui est élaboré et objectivé ;

**4.1.2. Promptitude** : Tout plan d'action qui est élaboré dans le délais ;

4.1.3. **Régularité** : Tout plan d'action qui est élaboré de manière régulière depuis au moins 2ans

## **4.2. Normes de participation communautaire**

Par norme de participation communautaire nous attendons, la participation à la gestion, a la fonctionnalité du CS, l'implication des RECO.

4.2.1. **L'existence de CODESA** : CODESA présent dans l'AS avec ces différentes activités (réunion avec prise des décisions, ...) ;

4.2.1. **L'existence des RECO** : RECO présent dans l'AS avec leurs activités

### **2.4.2. Sur le plan qualitatif**

Il y a 5 thèmes :

**Thème 1 : Ressources humaines**

**Thème 2 : Ressources Financières**

**Thème 3 : Ressources Médicales**

**Thème 4 : Normes de planification**

**Thème 5 : Normes de participation communautaire**

## Norme de la Gouvernance de la santé

Par gouvernance de la santé, nous attendons la conformité aux normes de gestion selon les piliers du système de santé tel que proposé par l'OMS :

- ✓ Des ressources humaines
- ✓ Financières
- ✓ Des médicaments
- ✓ Gouvernance et leadership

### 3.1. PILIER 1 : Conformité aux normes des ressources humaines

La conformité aux normes des RH, concerne la correspondance des postes

#### A. Correspondance description des postes / qualification/ nombre

Num	Postes/services	Qualification	Nombre
1	Consultation	Infirmier A1 OU A2	1
2	Soins	Infirmier A1 ou A2	1
3	Laboratoire	Technicien A2 ou D6	1
4	Réceptionniste	Qualification	1
5	Logisticien/maintenance	Sans qualification exigée	1
<b>Total</b>			<b>5</b>

#### B. Existence des outils pour la gestion des ressources humaines :

- ✓ Organigramme fonctionnel :
- ✓ Liste nominative du personnel :
- ✓ Description des postes :
- ✓ Horaire de travail/des activités
- ✓ Registre des présences
- ✓ Calendrier de congé/vacances
- ✓ Fiche de congé
- ✓ Liste de paie

### **3.2. PILIER 2 : Conformités aux normes financières**

Par conformité aux normes éditées en matière de finance, nous entendons :

Existence des outils de gestions financières :

1. Livre de caisse
2. Carnet de reçu
3. Facturier
4. Carnet de bon de retrait
5. Rapport de trésorerie
6. Cahier de dépenses
7. Carnet de chèque le cas échéant
8. Tarif
9. Cahier de créances (dettes)

### **3. 3. PILIER 3 : Conformité aux normes de gestion des médicaments**

Par gestion efficace des médicaments, nous attendons :

**A.** Existence d'une liste des médicaments essentiels.  
**B.** Existence d'un Cycle d'approvisionnement :(sélection, acquisition et distribution).  
 Néanmoins, nous allons nous appuyer sur la distribution, principalement, la gestion des stocks dont les outils sont :

- Cahier de réquisition,
- Cahier de stock,
- RUMMER,
- Facturier,
- Tarif,
- Bordereau de livraison.

### **3.4. PILIER 4 : gouvernance et leadership**

#### **3.4.1. Conformité aux normes de planification**

Par cet objectif nous attendons une planification selon les normes du pays, fait au moment voulu et avec une fréquence régulière.

Les normes du pays en matière de planification des AS concernent l'existence d'un :

- Plan d'action
- Budget prévisionnel

### **3.4.2. Conformité aux normes de la participation communautaire**

La participation communautaire est effective grâce aux indicateurs suivants :

**A. Participation à la gestion :**

- Nombre des décisions prises et exécutées

**B. Participation à la fonctionnalité :**

- Nombre de CODESA avec plan d'action
- Nombre de RECO mis en place

## 2.5. COLLECTE DES DONNEES

### 2.5.1. Obtention des autorisations

Nous avions obtenu respectivement les autorisations de la Direction de l'Ecole de Santé Publique de Kinshasa ainsi que des autorités de la ZS de Gombe Matadi.

### 2.5.2. Techniques de collecte des données

Les données de l'étude avaient été collectées, Sur le plan quantitatif, à l'aide d'un guide d'entretien structuré administré aux l'IT responsables des CS appuyés et non appuyés. Aussi, nous avons fait la revue documentaire. En effet, nous avons demandés voir tous les documents que les différents IT prétendaient détenir et utilisés.

Sur le plan qualitatif, nous nous étions servis d'un guide d'entretien semi structuré administré aux personnels des CS appuyées et non appuyé.

### 2.5.3. Procédure de collecte des données

Nous sommes descendus sur terrain du 21 au 31 mars 2019.

**Sur le plan quantitatif**, nous sommes entrés en contact avec les IT par l'entremise du MCZ qui nous a remis les coordonnées téléphoniques de ceux-ci. Après un appel, nous nous étions fixés RDV dans les CS réceptifs. L'entretien a durée en moyenne 30 minutes.

**Sur le plan qualitatif**, nous avons réalisé 2 focus groups en recherchant les données en rapport avec les différentes variables. Un focus group des prestataires de soins des CS appuyés et un autre des prestataires des CS non appuyés.

Chaque focus group avait en moyenne 6 à 10 participants.

L'utilisation d'un guide d'entretien semi structuré (en annexe) comportant 5 questions ouvertes, d'un enregistreur ; un facilitateur et 2 preneurs de notes par focus group. L'approche participative avait été utilisée pendant le déroulement de l'entretien.

### 2.5.4. Collecte proprement dites des données

La collecte des données a inclus les éléments suivants :

- La détermination des tâches relatives à la collecte des données ;
- L'estimation de temps nécessaire pour la collecte des données ;
- La détermination de la séquence des différentes tâches ;
- La mise en place des mécanismes de contrôle de qualité des données.

### **2.5.5. Organisation du circuit des données après collecte**

Les données recueillies par les enquêteurs, avaient été rassemblé chaque jour par le Superviseur. Après analyse minutieuse des données relatives à la qualité, il s'était s'agit de vérifier la précision et la complétude. Le deuxième contrôle de qualité a été réalisé après la saisie des données sur l'ordinateur.

## **2.6. TRAITEMENT DES DONNEES**

### **2.6.1. Contrôle de qualité**

Avant la collecte, il y a eu la formation des enquêteurs, suivis des séances pratiques pour identifier des lacunes sur la compréhension de l'outil et en remédier immédiatement.

Pendant la collecte, nous avons eu à nous assurer de la complétude, la précision et la qualité des enregistrements.

Après la collecte, chaque copie avait été vérifiée puis une double saisie a été faite.

## 2.6.2. Traitement et analyse des données proprement dites

### 2.6.2.1. Pour la partie quantitative

Les données collectées ont été saisie à l'aide du logiciel EPI data 3.1, puis exporté en SPSS 23. Les variables catégorielles ont été résumées par leurs fréquences (absolues et relatives), et celles numériques par les mesures de tendance centrale. Les comparaisons de ces proportions ont été testées avec le test khi carré suivant le seuil de significativité de 5%. La comparaison des mesures de tendance centrale (en l'occurrence des médianes) a été faite par le test U de Mann-Whitney au seuil de significativité de 5 %

### 2.6.2.2. Pour la partie qualitative

Les données ainsi collectées par les preneurs des notes et vérifiées par les enregistrements ont été coulées sous forme de transcript, puis codifiées, reparties en différentes catégories pour faciliter les analyses. Les données collectées ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Excel. La sélection de segments, le regroupement selon les thématiques sectorielles les plus reprises par les interviewés, la synthèse des nombreuses réponses qui se sont répétées. Et ceux en vue de faire ressortir les grandes tendances autour du thème.

## 2.7. CONSIDERATIONS ETHIQUES

Les participants à l'étude ont exprimé clairement leur consentement après une explication sur la nature, les objectifs, les risques et bénéfices, la liberté, la confidentialité. Toutes les fiches de collecte ont été anonymes, ramenées et classées dans un endroit sécurisé. L'accès à la base des données informatisées a été verrouillé et seul le chercheur principal en détient le code.

L'étude ne présente pas de risque aux participants ni un bénéfice direct mais les résultats pourront être utilisés pour des planifications stratégiques en vue d'améliorer la qualité des services offerte à la communauté et une publication scientifique va en découler.

## CHAPITRE III : RESULTATS ET INTERPRETATIONS

Les résultats présentés ci-dessous concernent deux aspects, quantitatif et qualitatif.

### 3.1. RESULTATS QUANTITATIFS

Faisant allusion aux différents piliers évoqués plus haut, nous avons :

#### 3.1.1. Pilier 1 : Ressources Humaines

Par rapport à ce pilier, nous avons eu à évaluer principalement la correspondance / description de post et la notion d'utilisation des outils de gestion des ressources humaines

##### 3.1.1.1. Correspondance / description de poste

**Tableau I : Répartition des FOSA selon la correspondance aux normes de poste**

Poste/Service	Qualification	Norme/ CS	Structure					
			Appuyée			Non Appuyée		
			CS 1	CS 2	CS 3	CS 4	CS 5	CS 6
<b>Consultation/soins</b>	A1		1	1	2	0	0	1
	A2		1	1	3	1	2	1
	A3		0	1	0	1	0	1
<b>Réception</b>	D6		1	1	1	1	1	0
	A3		0	1	0	0	0	1
<b>Logisticien/mainte nance</b>	Primaire		0	1	0	0	0	0
	Secondaire		1	0	1	1	1	0

CS1 : NOKI, CS2 : GOMBE MATADI, CS3 : KIKOKA, CS4 : MBANZA NGOLO, CS5 : KILOWANGO, CS6 : NSANDA

Il ressort de ce tableau que, par rapport au nombre du personnel :

- Aucun (soit 0%) CS appuyés a une affectation du personnel conforme aux normes édictées par le ministère de la santé en la matière ;
- Aucun (soit 0 %) les CS non appuyés a une affectation aux postes conforme aux normes en la matière
- Le nombre médian du personnel par centre est plus élevé dans les CS appuyés (6,5) par rapport aux CS non appuyés (4),  $p=0,025$ .

### 3.1.1.2. Outils de gestion des ressources humaines des FOSA

Selon les normes du MSP en terme de gestion des RH dans les CS, nous avons 8 outils de gestion à savoir : organigramme fonctionnel, liste du personnel, description de post, horaire de travail, registre des présences, calendrier des congés, fiche des congés et liste de paie.

### 3.1.1.3. Utilisation des outils de la gestion des ressources humaines

**Tableau II : Répartition des FOSA selon l'utilisation des outils de gestion des ressources humaines**

Outils de gestion	CS APPUYES		CS non APPUYES	
	Total	"Oui"	Total	"Oui"
Organigramme fonctionnel	2	2	4	0
Liste du personnel	2	2	4	1
Description des postes	2	2	4	0
Horaire de travail/des activités	2	2	4	4
Registre des présences	2	2	4	4
Calendrier de congé/vacances	2	0	4	0
Fiches de congé	2	0	4	0
Listes de paie	2	2	4	4

Au vue de ces résultats il se dégage que :

- Pour les AS appuyées, 6 outils de gestion de ressources humaines sur les 8 recommandés qui sont systématiquement utilisés (soit une proportion de 75 %)
- Dans les AS non appuyées, 3 outils seulement sur les 8 recommandés sont systématiquement utilisés (soit une proportion de 37,5 %)
- La différence entre ces proportions est statistiquement significative ( $p=0,02$  ). Le profil des AS (appuyées vs non-appuyées) est donc associé à l'utilisation des outils de gestion des ressources humaines.

### 3.1.2 Pilier 2 : Ressources financières

Par rapport à ce pilier, nous avons recherché les données en rapport avec les outils de gestion financière.

#### 3.1.2.1. Outils de gestion financière des CS

Selon les normes du MSP en matière de gestion des ressources financières des CS, il existe 9 outil à savoir : livre de caisse, carnet des reçu, facturier, carnet des bons de retrait, rapport de trésorerie, cahier des dépenses, carnet des chèques tarif, cahier des créances.

#### 3.1.3.2. Utilisation des outils de gestion financière

**Tableau III : Répartition des FOSA selon l'utilisation des outils de gestion financière**

Outils de gestion	appuyée		Non appuyée	
	total	« oui »	total	« oui »
<b>Livre de caisse</b>	2	2	4	4
<b>Carnet de reçu</b>	2	2	4	4
<b>Facturier</b>	2	2	4	4
<b>Carnet de bon de retrait</b>	2	2	4	4
<b>Rapport de trésorerie</b>	2	2	4	0
<b>Cahier de dépenses</b>	2	2	4	0
<b>Carnet de chèque le cas échéant</b>	2	2	4	4
<b>Tarif</b>	2	2	4	4
<b>Cahier des créances(dettes)</b>	2	2	4	4

- Dans les CS appuyés, tous les 9 outils recommandés pour la gestion des ressources financières sont systématiquement utilisés (soit 100 %).

- Dans les CS non-appuyés, ce sont 6 des 9 outils de gestion des ressources financières qui sont systématiquement utilisés (soit une proportion de 66,6 %.)
- La différence entre ces proportions n'est pas statistiquement significative ( $p=0,141$ ). Le profil de l'aire de santé (appuyée vs non-appuyées) n'est pas associé à l'utilisation des outils de gestion financière.

### 3.1.3. Pilier 3 : Médicaments

#### 3.1.3.1. Outils de gestion des stocks des médicaments

Conformément aux normes du MSP en ce qui concerne la gestion des stocks des médicaments, il existe six outils de gestion de stock à savoir : le cahier de réquisition, le cahier de stock, le RUMMER, le facturier, le tarif, le bordereau de livraison.

#### 3.1.3.2. Utilisation des outils de gestion de stock des médicaments

**Tableau IV : Répartition des FOSA selon l'utilisation des outils de gestion de stocks des médicaments**

Outils de gestion	CS appuyée		CS Non appuyée	
	total	OUI	total	OUI
<b>Cahier de réquisition</b>	2	2	4	2
<b>Cahier de stock</b>	2	2	4	3
<b>RUMMEUR</b>	2	2	4	4
<b>Facturier</b>	2	2	4	4
<b>Tarif</b>	2	2	4	4
<b>Bordereau des livraisons</b>	2	2	4	3

Si pour les CS appuyés, la proportion de ceux qui utilise est de 100 % (tous les 6 outils recommandés sont systématiquement utilisés) tandis que pour les CS non appuyés, cette proportion est de 66,6% (seul 3 des 6 outils recommandés sont systématiquement utilisés pour la gestion des stocks des médicaments). Toutefois, la différence des fréquences relatives n'est pas statistiquement significative ( $p=0,845$ ).

### 3.1.4. Pilier 4 : gouvernance et leadership

Au niveau de ce pilier, nous avons évoqué deux aspects à savoir la planification ainsi que la participation communautaire

#### 3.1.4.1. Planification

**Tableau V : Planification du plan d'action opérationnel**

Variables et modalités	Structure		
	CS Appuyée	CS appuyée	Non
<b>Existence du plan d'action du CS</b>	2	4	
<b>Elaboration du plan d'action au cours de l'année</b>			
Dernier trimestre de l'année précédente	0	1	
Premier trimestre de l'année en cours	2	3	
<b>Application du plan d'action au cours de l'année</b>	2	4	
<b>Procédure de planification</b>			
Par le plan de développement	1	2	
en suivant le fonctionnement des AS	1	1	
Par rapport aux besoins	0	1	
<b>Durée d'élaboration</b>			
1 à 2 ans		4	
3 à 4ans	2		
5 ans et plus	0	0	
<b>Procédure pour suivre les activités</b>			
Par les RECO	1	2	
A travers le plan d'action opérationnel	1	1	
A l'aide des rapports produits	0	1	
<b>Existence d'un budget prévisionnel</b>	2	4	

Le tableau ci-dessus montre les éléments suivants :

- Tous les CS enquêtés, appuyés ou non, utilisent d'un Plan d'Action du CS, avec un budget prévisionnel. Ce plan est de 3 à 4 ans pour les CS appuyés, et de 1 à 2 ans pour ceux non-appuyés.

- Aucun CS appuyés n'a rédigé son Plan d'Action à la période recommandée, c'est-à-dire au dernier trimestre de l'année précédente. Pour les CS non-appuyés, c'est 1 CS sur 4 qui respecte ce délai.

### 3.1.4.2. Participation communautaire

Ici nous avons évoqué deux aspects à savoir les RECO et le CODESA

**Tableau VI : Nombre médian des RECO et des activités**

Activités de routine	P	
	CS Appuyé	CS Non appuyé
<b>Nombre de réunions par mois</b>	1	1
<b>Nombre de décisions prises</b>	1	5
<b>Nombre de décisions exécutées</b>	1	1
<b>Nombre de RECO</b>	42,5	27,5
<b>Nombre de RECO actifs</b>	23,5	13,25

Il ressort de ce tableau que le nombre médian des RECO par centre est plus élevé dans les CS appuyés (42.5) par rapport aux CS non appuyés (27.5),  $p=0,029$ . Situation similaire concernant le nombre médian des RECO actifs (23.5 contre 13.25) avec un  $p=0.036$ .

**Tableau VII : CODESA et activités**

Variables et modalités	P	
	CS Appuyé	CS Non appuyé
Plan d'action CODESA		
Oui	1	1
Non	1	3
Procédure d'élaboration du plan d'action		
en fonction des activités	0	1
par une planification semestrielle	1	0
Procédure de suivi du plan d'action		
Par des réunions	1	0
Par des rapports d'activités	0	1

Dans ce tableau nous constatons que :

La moitié des CS appuyés respecte les normes consistant à disposer d'un plan d'action pour le CODESA, contre 25 % pour les CS non-appuyés. Mais la différence n'est pas statistiquement significative ( $p=0,773$ ).

### 3.1.4.3. Utilisation des soins curatifs dans les CS

**Tableau VIII : Taux d'utilisation de services**

<b>Utilisation des soins curatifs</b>	<b>CS Appuyées</b>	<b>CS Non appuyées</b>
<b>Oui</b>	60%	52%
<b>Non</b>	40%	48%

Il ressort de ce tableau que le taux d'utilisation des soins curatifs, est de 60% pour les CS appuyées, contre 52% pour les CS non-appuyées. Ce taux d'utilisation n'est pas différent entre les deux catégories des CS, appuyés et ceux non appuyés ( $p=0,40$ ).

## 3.2. RESULTATS QUALITATIFS

### 3.2.1. Pilier Ressources Humaines

A la question de savoir » Comment appréciez-vous la gestion du personnel dans l'aire de santé ? » Les AS appuyées pensent à l'unanimité que le nombre est suffisant et que si on ajoute le personnel, le montant de la prime interne va diminuer. Cette pensée est traduite dans le focus groupe F1, par le deuxième répondant R2(F1R2) en ces termes : « *le nombre est suffisant, si on ajoute, le forfait diminue* ». Lorsqu'une personne a besoin de congé ont-ils ajoutés. Il s'adresse directement au BCZS ; ce qui explique la non utilisation des outils de gestion de ressources humaines en rapport avec la gestion des congés.

Les AS non appuyées, quand à elles, pensent en majorité que le nombre est un peu passable. Ils pensent aussi que l'absence d'un personnel suffisant est à la base du manque de service de garde dans plusieurs AS non appuyées. Cet avis a été traduite lors du focus group 2, par le premier répondant (F2R1) en ces termes : » *on vit des forfaits qui vont diminuer si le nombre augmente* » et F2R2 a renchéri en disant : » *Nous sommes conscients que le nombre insuffisant est à la base du manque de service de garde...* ».

### 3.2.2. Pilier financières

Les AS appuyées ont soulevés aussi le problème de mécanisation ; les AS non appuyées ont évoqué au-delà du problème de mécanisation, le problème des primes locales qui sont insuffisantes pour nouer les deux bouts du mois et le fait que leur CS sont à majorité locataires.tel est l'expression de ce personnel F2R3 qui dit : » *seul l'IT est mécanisé. Nous autres sommes sans prise en charge de l'Etat* »

### 3.2.3. Pilier médicament

S'agissant de la question : » Comment faites-vous pour gérer les médicaments et éviter les ruptures des stocks ? » Les AS appuyées disent en majorité que les ruptures des stocks sont rares. Elles sont évitées en faisant la réquisition avant épuisement des stocks et en utilisant les outils de gestion. Cela se traduit par cette idée de F1R3 qui dit : « il n'y a pas de rupture de stock ; la réquisition et la commande se font à 50% du stock »

Un répondant avait dit que le stock peut être perturbé par « la population flottante ». A la question de savoir qu'entend-il par « la population flottante », il a répondu que c'est une population hors AS qui vient prendre les soins dans l'AS.

Les AS non appuyées, quant à elles, en majorité ne connaissent pas des ruptures de stock. La minorité pense que quand ça arrive, ils passent la commande et ils attendent. tel est le cas des certains médicaments CAMESKIN comme les ACT de 2 à 11 mois.

### **3.2.4. Pilier gouvernance et leadership**

Parlant de la planification, les personnels des AS appuyées pensent tous qu'ils participent à la planification des activités de leur AS ; avis partagés aussi par les AS non appuyées.

A la question de savoir : » Comment appréciez-vous la participation communautaire dans votre AS ? »

Les AS appuyées pensent que les RECO sont actifs et ils participent aux activités de masse. Ils ont initié des projets tels que la culture du miel et ça a bien marché ; contrairement aux AS non appuyées ou les RECO sont peu actifs ; ils planifient mais ne réalisent pas leur planification. Cela se traduit par cette idée de F2R1 qui disait que : « *les RECO ne sont pas très actifs ; ils planifient des activités et ne les réalisent pas ; et pourtant, ils se réunissent chaque mois* »

## CHAPITRE IV : DISCUSSION

Le présent travail qui s'intitule : Apport du projet RIPSEC dans l'amélioration de la gouvernance de la santé au niveau périphérique : étude comparative dans la Zone de santé de Gombe Matadi, a pour objectif général de déterminer l'apport du RIPSEC dans la gouvernance de la santé au niveau de la ZS de Gombe Matadi, durant l'année 2018.

Les résultats de ce travail qui compare deux groupes des AS, appuyées et non appuyées, se focalise sur la gestion distincte de quatre piliers :

### **4.1. PILIER 1 : GESTION DES RESSOURCES HUMAINES (RH)**

On remarque que le nombre médian du personnel par centre est plus élevé dans les CS appuyés (6,5) par rapport aux CS non appuyés (4),  $p=0,025$ (statistique significatif).

Sur le plan qualitatif, les AS non appuyées pensent en majorité que le nombre est un peu passable. Ils pensent aussi que l'absence d'un personnel suffisant est à la base du manque de service de garde dans plusieurs des AS non appuyées.

La norme en nombre de personnel dans les CS, selon le MSP est de 5 unités par CS. Nous constatons qu'il y a d'une part, du côté des CS appuyés, une pléthore de personnel et d'autre part, du côté des CS non appuyés un déficit du personnel.

La gestion des RHS est un problème sérieux en RDC et est présent au-delà de nos frontières. En effet, selon l'OMS, dans son rapport annuel 2017-2018 concernant les activités dans la région africaine, stipule qu'en vue d'accroître la disponibilité et l'équité dans la répartition des RH pour atteindre la couverture sanitaire universelle (CSU), il faut adopter le cadre régional de mise en œuvre de la stratégie mondiale sur les RH à l'horizon 2030(7,19).

Certains pays africains ont créé des comptes nationaux des RHS produisent des informations pouvant être utilisé pour la planification, la mise en œuvre et le suivi des politiques relatives aux personnels de santé. Tels sont les cas de la Namibie, le Mozambique, le Nigeria, ..., sans oublier l'Algérie a créé un observatoire national des RHS (18).

La RDC possède déjà un plan national de gestion des ressources humaines pour la santé(PNGRHS), et un répertoire du personnel de la santé. Elle se préoccupe de la situation des RH car cela est évoqué dans le PNDS 2016-2020 qui s'intéresse à l'amélioration de la disponibilité et de la fidélisation des RHS compétente (20).

Malheureusement, ce problème reste réel : parlant des infirmiers, la norme stipule un ratio de 1/5000 hab. cependant, en 2016, ce ratio était de 4,06/5000hab, soit 4 fois la norme (4).

A cette situation s'ajoute la disparité dans la répartition géographique des RH concentrées plus dans les grandes villes et centres urbains et moins dans les provinces et milieux ruraux. C'est ainsi que cette situation a été épinglée comme prioritaire dans le PNDS recadré 2019-2022 qui propose un redéploiement équitable des agents dans les structures de santé, la mise en place du mécanisme de prise en charge des agents par l'octroi des primes de brousses, construction des logements destinés aux personnels au niveau des CS(15).

Nous ne pouvons passer outre le fait que les 2 groupes posent un problème de mécanisation, qui est un problème récurrent dans les structures étatiques et est à la base de la faible motivation du personnel. En effet, en 2016, seul 29% du personnel percevaient le salaire contre 65.9% qui percevaient la prime de risque (4). Des plaidoyers ne cessent d'être faits auprès des autorités compétentes pour une mécanisation progressive du personnel.

Cependant, parlant des CS non appuyées, nous disons qu'il ne peut avoir de Couverture Sanitaire Universelle sans RH qualifié, en nombre suffisant et équitablement répartie sur le territoire (5). Le fait que cela entraîne la non organisation du service de garde dans certains CS est une situation qui met en péril la vie des communautés qu'elle est censée couvrir en soins.

Nous pensons quant à nous que, les RH sont le centre des prestations des services. C'est sur elle qu'on peut s'investir pour renforcer les capacités et ainsi améliorer la qualité des services. Telle est l'un des objectifs du RIPSEC sur lequel il s'investie (en faisant un apport managérial).

Le fait d'être appuyée est associer à l'utilisation des outils de gestion en RH montre que le RIPSEC a une influence positive sur la gestion de ces structures sanitaires.

Aussi, la proximité des AS appuyées du centre-ville de Gombe Matadi (l'un est situé dans le centre-ville et l'autre à 22 km du centre-ville) par rapport aux AS non appuyées expliquerait, en partie, l'afflué du personnel dans les deux AS appuyées.

## 4.2. PILIERS 2 : RESSOURCES FINANCIERES

Sur le plan financier, la différence en terme d'utilisation d'outils de gestions financière n'est pas statistiquement significative ( $p = 0.141$ ,  $p=0.845$ ) entre ces 2 groupes. Donc, le fait d'être appuyée ou non, n'influence en rien l'utilisation des outils de gestion en ressources financières.

Ceci peut s'expliquer par le fait que probablement le RIPSEC ne se limite qu'à des formations et ne fait pas un appui de proximité des CS formés ; aussi, il peut y avoir un effet de contamination car lors des monitorages, le MCZ demande aux CS non appuyés d'imiter le modèle des CS appuyés.

Signalons en outre qu'il existe plusieurs interventions financières dans la ZS. C'est notamment le cas du PRODES qui fait l'achat des services. Cette multiplicité des partenaires peut expliquer, en partie, ce manque de différences en ce sens que les CS font un effort pour être performantes en vue de ne pas rater les différentes primes.

## 4.3. PILIER 3 : RESOURCES MEDICALES

Si les CS des AS non appuyés utilisent systématiquement 3 des 6 outils recommandés pour la gestion des stocks des médicaments (donc une proportion de 66,6 %) ; pour les CS des AS appuyées cette proportion est de 100 % (tous les 6 outils recommandés sont systématiquement utilisés). Toutefois, la différence des proportions n'est pas statistiquement significative ( $p=0,845$ ).

Au-delà de l'explication évoquée ci haut avec le RIPSEC, il existe aussi beaucoup d'intervenants au niveau de ce pilier. La CAMESKIN détient le monopole de fourniture des médicaments dans la ZS selon la politique national en gestion des médicaments.

## 4.4. PILIER 4 : GOUVERNANCE ET LEADERSHIP

Il ressort dans ce pilier que le nombre médian des RECO par centre est plus élevé dans les CS appuyés (42.5) par rapport aux CS non appuyés (27.5),  $p=0,025$ . Situation similaire concernant le nombre médian des RECO actifs (23.5 contre 13.25) avec un  $p=0.025$ .

La participation communautaire est une dimension non négligeable du système de santé. Elle favorise la participation de la communauté à la prise des décisions ainsi qu'à la planification des interventions dans leur communauté. Bref, à l'efficacité des interventions dans la communauté. Voilà pourquoi elle fait partie des piliers du système de santé.

L'un des aspects des soins de santé primaire(SSP) est de favoriser l'auto responsabilité de la collectivité ainsi que la participation de celle-ci à l'organisation, fonctionnement et contrôle des soins offerts (27).

La participation communautaire est un pilier qui pose problème en RDC. Problème récurrent puisqu'il est encore évoqué dans le PNDS recadré ou on évoque l'insuffisance de l'implication de la communauté dans la gestion des structures de santé et la planification des activités de santé (15).

Nous constatons dans ces résultats que les AS non appuyées ont en moyenne moins des RECO que celles appuyées, pratiquement la moitié. Aussi, ces RECO sont peut actifs dans l'AS.

Cette situation est semblable à celle rencontrée en Afrique du Sud et en Ouganda où un projet a été financé à hauteur de 390,200 dollars, de 2012 à 2015, en vue de redynamiser la population ; car la participation communautaire était faible (14).

L'évaluation faite en Côte d'Ivoire sur les piliers de la santé a rapporté le même résultat : il y avait des structures qui avaient une forte participation communautaire et d'autres non. L'une des raisons évoquées étaient la non disponibilité des textes et ceux qui existent sont méconnus par les parties prenantes (20).

Enfin, en RDC, à Kadutu au sud Kivu, le constat était le même : il y avait une faible participation communautaire par insuffisance des RECO (28).

## CHAPITRE VI : CONCLUSION, RECOMMANDATION ET LIMITE

### VI.1. CONCLUSION

Notre travail intitulé : « Apport du projet RIPSEC dans l'amélioration de la gouvernance de la santé au niveau périphérique : étude comparative dans la Zone de santé de Gombe Matadi » a comme objectif général de déterminer l'apport du RIPSEC dans la gouvernance de la santé au niveau de la ZS de Gombe Matadi, durant l'année 2018.

Il s'agit d'une étude transversale, portant sur la comparaison de deux groupes des AS, distinctes de par la notion d'appui managérial effectué par le RIPSEC et l'absence de cet appui et ceux au regard des différents piliers du système de santé. la collecte des données s'est effectuée du 21 au 31 mars 2019. Les AS appuyées ont été toute sélectionnées (2) ; et dans celle non appuyées on a procédé à un échantillonnage non probabiliste, de convenance suivant l'accessibilité du CS. Ainsi, on a sélectionné 4 AS sur les 13 restants. Les piliers du système de santé considéré dans ce travail étaient les RH, les finances, les médicaments ainsi que la gouvernance et leadership. Notons que les piliers infrastructures et gestion de l'information n'ont pas été considérés dans le présent travail.

Nous avons constaté, que dans certains piliers, cet apport était évident : c'est notamment le pilier RH ou le profil de l'AS était associé à l'utilisation des outils de RH( $p=0.036$ ) ; et dans d'autre non, c'est notamment le cas des piliers finances et gestion des médicaments ou le profil de l'AS n'influencé pas l'utilisation des outils de gestion (0.141 ; 0.845).

## **VI.2. RECOMMANDATIONS**

### **1. MINISTÈRE DE LA SANTE PUBLIQUE**

Améliorer la gestion des ressources humaines dans la ZS de GM

Vulgariser les différents documents édictés au niveau central

### **2. A LA ZONE DE SANTE DE GOMBE MATADI**

Encourager le partage d'expériences entre les AS de la ZS en vue de limiter le GAP entre les AS

### **3. AU RIPSEC**

Etendre son intervention a plusieurs autres AS de la ZS.

## **VI.3. LIMITES DU TRAVAIL**

Les résultats de notre étude présentent quelques limites pour leur interprétation :

1. Le nombre insuffisant des focus groups qui ont limités les informations ;
2. De certains biais d'information liés à l'effet Hawthorne ou les réponses sont données par convenance ; aussi, le biais de sélection due à la non représentativité de l'échantillon.
3. L'effet de contamination : lié aux recommandations du BCZS qui demandait aux AS non appuyées de copier le modèle des AS appuyées

## REFERENCES

1. USAID : Amélioration continue de la gouvernance pour un renforcement des structures de santé, 2014.
2. Wone I. et coll : Gestion axée sur les résultats et stratégie de développement sanitaire en Afrique, santé publique 2012/5(volume 25), pp 459 à 464.
3. Ministère de la Santé Publique : Rapport annuel de la Direction Etude et de Planification(DEP), RDC,2013.
4. Ministère de la Santé Publique : Politique de développement des ressources humaines pour la santé, pp 47 ; RDC.
5. Ministère de la Santé Publique : Stratégie de Renforcement du Système de Santé, RDC,2010.
6. OMS : Rapport annuel 2017-2018 des activités de l'OMS dans la région africaine.
7. La banque mondiale aide la RDC à renforcer son système sanitaire pour améliorer la santé des femmes et des enfants pour être mieux préparé en cas de nouvelle épidémie d'ebola,2014.
8. Ministère de la Santé Publique : Rapport des comptes nationaux de la santé, RDC,2018.
9. Ministère de la Santé Publique : Recueil des normes d'organisation et de fonctionnement de la zone de santé, RDC, 2009.
10. Coopération belgo congolaise : Appui à la gouvernance sanitaire centrale et des 5 régions médicales, senegal,2011.
11. Ministère de la Santé Publique : Rapport annuel de la ZS de Gombe Matadi,2018.
12. USAID : Projet financement et gouvernance de la santé en RDC, RDC,2017.
13. USAID : Projet santé, finance et gouvernance, RDC,2018.
14. CRDI : Gouvernance des systèmes de santé-participation communautaire ; Une stratégie clé pour permettre l'exercice du droit à la santé,2015.
15. Ministère de la Santé Publique : PNDS recadré 2019-2022.
16. OMS : Stratégie de coopération de l'OMS Cote d'Ivoire 2016-2020, Cote d'Ivoire,2016.

- 17.OMS : Stratégie de coopération de l'OMS avec la Guinée 2016-2021, Guinée,2017.
- 18.OMS : cadre régional de mise en œuvre de la stratégie mondiale sur les RH à l'horizon 2030.
- 19.Ministère de la Santé Publique : Plan National de Développement Sanitaire, RDC ,2016.
- 20.Ministère de la santé et de la lutte contre le sida : évaluation de la gouvernance du secteur santé en Côte d'Ivoire, cote d'ivoire,2014
- 21.Kahindo JB. et all : Réforme des structures intermédiaires de santé en RDC, santé publique, vol 26, pp 849 à 856,2014
- 22.Observatoire international de la santé et services sociaux, gouvernance dans le secteur de la santé : une stratégie pour mesurer les déterminants et la performance, Canada,2011
23. Fernandez A. : Gouvernance d'entreprise,2018
24. Wikimédia, l'Encyclopédie libre,2019
- 25.Santé et services sociaux du Québec : Regard sur le système de santé et de services sociaux du Québec, canada,2009.
- 26.International journal of perception in public health: The reform of the health care system in Tunisia, vol 2 issue 3, Tunisie, 2018.
- 27.Fournier P., POtvin L. : participation communautaire et programmes de santé : fondement du dogme, vol 13, n 2,1995, pp 39-59.
28. Kaskil N : processus de la participation communautaire aux activités des soins de santé primaire dans le district sanitaire du sud Kivu, mémoire en line,2011

**ANNEXES I : CONSENTEMENT ECLAIRE**

Mon nom est ..... je travaille pour le compte du Ministère de la Santé Publique. En collaboration avec l'Ecole de Santé de KINSHASA, nous interrogeons les Infirmiers titulaires et les prestataires de la ZS de Gombe Matadi pour identifier l'apport du RIPSEC dans la gouvernance de la santé au niveau périphérique. J'aimerais vous poser quelques questions. Vos réponses seront strictement gardées confidentielles. Aucun lien ne pourra être fait entre ce que vous me dites et votre nom. Vous n'êtes pas obligé de répondre à une question que vous trouvez difficile à répondre. Votre participation est volontaire. Nous vous prions de répondre honnêtement aux questions. Nous apprécions votre aide en répondant à ces questions. L'interview durera à peu près 30 minutes.

Pouvons-nous commencer maintenant ?

**OUI 1.**

**NON 2.**

---

Je certifie que l'enquêté (e) a été informé (e) de la nature, du but de l'étude et qu'il a donné librement un consentement verbal pour participer dans cette étude.

Signature de l'enquêteur \_\_\_\_\_ Date [\_\_|\_\_] [\_\_|\_\_] [\_\_|\_\_] \_\_|\_\_]

## ANNEXE II : OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES

### 1. GUIDE D'ENTRETIEN STRUCTURE POUR LES IT DES C.S

#### PILIER 1 : RESOURCES HUMAINES

##### I.1. Correspondance description de poste / qualification/ nombre :

Veuillez répondre aux questions inscrites sur ce tableau en associant au poste d'attache, la qualification du prestataire ainsi que le nombre des prestataires commis à cette fonction

Post/service	Qualification	Nombre
Consultation		
Soins		
Réception		
Logisticien/maintenance		
Total		

##### 1.2. Comment organisez-vous la gestion des ressources humaine de votre FOSA ?

1. A partir des outils de ressources humaines
2. Autres à préciser

Si réponse 1 :

Utilisez-vous les outils de gestion des RH suivants (Pouvez-vous nous montrer les outils que vous utilisez) :

- ✓ Organigramme fonctionnel : Oui..... Non.....
- ✓ Liste nominative du personnel : Oui..... Non.....
- ✓ Description des postes : Oui..... Non.....
- ✓ Horaire de travail/des activités Oui..... Non.....
- ✓ Registre de présence Oui..... Non.....
- ✓ Calendrier de congé/vacances Oui..... Non.....
- ✓ Fiche de congé Oui..... Non.....
- ✓ Liste de paie Oui..... Non.....

## PILIER 2 : RESSOURCES FINANCIERES

### 2.1. Comment organisez-vous la gestion financière de votre FOSA :

1. A partir des outils de gestion financière
2. Autres à préciser

Si réponse 1 :

Utilisez-vous les outils de gestion financière suivants (Pouvez-vous nous montrer les outils de gestions financières que vous utilisez) :

- Livre de caisse : oui..... Non.....
- Carnet de reçu : oui..... Non.....
- Facturier : oui..... Non.....
- Carnet de bon de retrait : oui..... Non.....
- Rapport de trésorerie : oui..... Non .....
- Cahier de dépenses : oui..... Non.....
- Carnet de chèque le cas échéant : oui..... Non.....
- Tarif : oui..... Non.....
- Cahier de créances (dettes) : oui..... Non...

## PILIER 3 : MEDICAMENTS

### 3.1. Comment gérez-vous les médicaments :

1. A l'aide des outils de gestion des stocks
2. Autres à préciser

Si réponse est 1 :

3.2. Utilisez-vous les des outils de gestion de stock suivant (Pouvez-vous nous montrer les outils de gestion de stock que vous utilisez)

- Cahier de réquisition : oui.....non.....
- Cahier de stock : oui.....non.....
- RUMMER : oui..... Non.....
- Facturier : oui.....non.....
- Tarif : oui.....non.....
- Bordereau de livraison : oui..... non.....

### 3.3. Existe-t-il des médicaments expirés dans vos stocks :

1. Oui.....
2. Non.....

3.4. Si oui, pourquoi : .....

## **PILIER 4 : GOUVERNANCE ET LEADERSHIP**

### **A. PLANIFICATION.**

4. 1. Existe-t-il un plan d'action du CS (pouvez-vous nous le montrer) ? oui.....  
non.....

4.1.1. Si oui, pouvez-vous nous le montrer ?

4.1.2. À quelle période de cette année est-il élaboré ?

4.1.3. Depuis combien d'année est-il élaboré ?

4.2. Comment procédez-vous pour planifier vos  
activités ?.....

4.3. Comment procédez-vous pour suivre les activités  
planifiées ?.....

4.4. Comment procédez-vous pour évaluer vos  
activités ?.....

4.5. Existe-t-il un budget prévisionnel (pouvez-vous nous le montrer) ? oui...non....

4.5.1. Si oui, pouvez-vous nous les montrer ?

4.5.2. À quelle période de cette année est-il élaboré ?

4.5.3. Depuis combien d'année est-il élaboré ?

4.5.4. Comment faites-vous pour mobiliser les ressources financières pour l'AS ?

### **B. PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE**

5.1. Lors de l'année 2018, combien de décisions ont été prises dans les réunions de  
CODESA ?.....

5.2. Combien ont été exécutées ?.....

5.3. Le CODESA a-t-il un plan d'action (pouvez-vous nous le montrer) ? Oui...  
Non.....

5.3.1. Si oui, Comment procède-t-il pour élaborer son plan  
d'action ?.....

5.3.2. Si oui, comment effectue -t-il le suivie de son plan d'action ?

5.3.3. Si oui, comment évalue-t-il son plan  
d'action ?.....

5.4. Combien de RECO sont mis en place dans l'AS ?.....

5.5. Combien des RECO sont actifs dans l'AS ?.....

5.6. Combien de RECO participent aux activités de développement communautaire ?.....

## **LES EFFETS : DONNEES DEMOGRAPHIQUES**

Pouvez-vous nous dire :

8.1. Quel est le taux d'utilisation curatif.....

## **2. GUIDE D'ENTRETIEN SEMI STRUCTURE POUR PRESTATAIRE DE SOINS**

Thème 1 : Comment appréciez-vous la gestion du personnel dans l'aire de santé ?

- 1.1. Par rapport au nombre ?
- 1.2. Par rapport à la qualification ?
- 1.3. Par rapport à la fonction ?

Thème 2 : Que pensez-vous de la gestion financière de votre AS

Thème 3 : Comment faites-vous pour gérer les médicaments et éviter les ruptures de stocks ?

- 3.1. Que faites-vous en cas de rupture de stock ?

Thème 4 : Comment appréciez-vous la participation communautaire dans votre AS ?

- 3.1. Les RECO sont-ils actifs ?
- 3.2. Les CODESA est-il actif

Thème 5 : Est-ce que les activités dans votre AS sont-elles planifiées ?

- 5.1. Si oui, est-ce que cette planification est faite à temps ?
- 5.2. La planification est-elle faite de manière régulière ?
- 5.3. Etes-vous associés à cette planification ?